Inspectie voor de Gezondheidszorg
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Inspectie Veiligheid en Justitie
Ministerie van Veiligheid en Justitie

PI Vught

Incidentenonderzoek

Datum	juni 2013

Colofon

Afzendgegevens	Turfmarkt 147 2511 DP Den Haag Postbus 20301 2500 EH Den Haag www.ivenj.nl
Auteurs	IVenJ IGZ

Voorwoord

In 2012 vond in de Penitentiaire Inrichting (PI) Vught verspreid over het jaar een viertal suïcides van gedetineerden plaats.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie heeft de Inspectie Veiligheid en Justitie en de Inspectie voor de Gezondheidszorg gevraagd gezamenlijk te onderzoeken of er een causaal verband tussen deze suïcides en de door de Dienst Justitiële Inrichtingen verleende zorg is.

In de loop van 2012 werd elke calamiteit door de Dienst Justitiële Inrichtingen afzonderlijk onderzocht door een calamiteitenonderzoekscommissie. Eind 2012 heeft de PI Vught zelf een uitgebreid geïntegreerd intern onderzoek gedaan naar de calamiteiten.

De inspecties hebben ter voorbereiding van dit incidentenonderzoek de onderzoeksresultaten van de genoemde eerdere onderzoeken als uitgangspunt genomen. Voorts hebben de inspecties zelf een aantal interviews gehouden om de resultaten te toetsen. De inspecties hebben de casuïstiek vervolgens in onderlinge relatie opnieuw beoordeeld, waarbij het signaleren van overeenkomsten en verschillen tussen de diverse calamiteiten centraal stond.
Bij het beoordelen van alle rapportages zijn geen nieuwe bevindingen naar voren gekomen. De inspecties oordelen dat de verbeterpunten uit beide onderzoeken volledig zijn.

De inspecties concluderen op de onderzoeksvraag van de Staatssecretaris dat uit het inspectieonderzoek geen feiten, omstandigheden of aanwijzingen naar voren komen die wijzen op een causaal verband tussen deze calamiteiten en de kwaliteit van de verleende zorg dan wel van zodanige overeenkomsten tussen de verschillende calamiteiten dat gesproken kan worden van patronen in de werkprocessen of systemen die hebben bijgedragen aan de calamiteiten.
De inspecties onderschrijven de verbeterpunten die naar voren komen uit de calamiteitenrapportages en het geaggregeerde onderzoek.

De inspecties stellen er voor dit moment voldoende vertrouwen in dat de directie van PI Vught met de plannen van aanpak aan de slag gaat en op die manier een verdere verbetering van het zorg- en detentieproces kan realiseren.

De beide inspecties toetsen de resultaten door in het laatste kwartaal van 2013 opnieuw gezamenlijk onderzoek te verrichten binnen de PI Vught.

Hoofd van de Inspectie VenJ	Inspecteur-generaal Inspectie voor de Gezondheidszorg
J.G. Bos	J.A.A.M. van Diemen-Steenvoorde

Inhoud

1 Inleiding

1.1 Aanleiding, doel en objectbeschrijving

Aanleiding

In 2012 vond in de Penitentiaire Inrichting (PI) Vught verspreid over het jaar een viertal suïcides van gedetineerden plaats.

De Staatssecretaris van Veiligheid en Justitie heeft de Tweede Kamer in antwoord op gestelde Kamervragen hierover het volgende bericht[1]:
"In PI Vught hebben zich in 2012 tot 12 november jl. zes sterfgevallen voorgedaan, waarvan vier suïcides. Vanwege dit relatief hoge aantal sterfgevallen heb ik de Inspectie Veiligheid en Justitie (IVenJ) en de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) gevraagd gezamenlijk te onderzoeken of er een causaal verband tussen deze suïcides en de door de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI) verleende zorg is. Dit onderzoek is in het voorjaar van 2013 gereed. Ik zal uw Kamer over de uitkomsten informeren."

Doel

Het doel van dit onderzoek is het beantwoorden van de vraag of er een causaal verband is tussen de suïcides en de binnen PI Vught verleende zorg. De inspecties hebben deze vraag als volgt vertaald: was er sprake van vermijdbaarheid van de calamiteiten dan wel van zodanige overeenkomsten tussen de verschillende calamiteiten dat gesproken kan worden van patronen in de werkprocessen of systemen die hebben bijgedragen aan de calamiteit.
In het verlengde van dit onderzoek hebben de inspecties de voortgang van de verbeteracties die door de directie van PI Vught intussen werden ingezet getoetst.

Objectbeschrijving

De PI Vught is een penitentiaire inrichting met een capaciteit van 612 plaatsen[2].
De inrichting heeft uiteenlopende bestemmingen en bestaat uit verschillende units die in zelfstandige gebouwen over het complexterrein zijn verspreid. Zo huisvest PI Vught, naast reguliere gevangenisregiems, onder andere de Landelijke Afdeling voor Beheers problematische Gedetineerden (BPG), de Extra Beveiligde Inrichting (EBI) en de Terroristen Afdeling (TA). Sinds 2009 huisvest PI Vught ook een Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC) met 240 plaatsen.
Het PPC van de PI Vught is gesitueerd op een viertal locaties, te weten: unit 2 (24 plaatsen laag, midden, hoog intensieve zorg (zedendelinquenten en zeer langgestraften), unit 3 (de grootste unit met 144 plaatsen, laag, midden en hoog intensief), unit 4 (48 hoog intensieve zorg en crisisplaatsen) en unit 6 (24 laag, midden en hoog intensief)[3]. Bij alle patiënten is sprake van complexe, veelal meervoudige, psychiatrische problematiek.

1.2 Toetsingskader

Beide inspecties hebben voor dit onderzoek gebruik gemaakt van hun standaard toetsingskaders. Door de IVenJ is gebruik gemaakt van onderdelen uit het toetsingskader voor de doorlichting van penitentiaire inrichtingen. Het betrof de

[1] Brief van 26 november 2012, kenmerk 316221.
[2] Cijfers afkomstig van het hoofdkantoor DJI februari 2013.
[3] Peildatum 3 mei 2013

eisen die in het toetsingskader zijn gesteld aan de toegang tot de zorg, 'rapportage en documentatie, preventie en beheersing van calamiteiten, beveiligingsvoorzieningen en toezicht en communicatie [4]. Voorts zijn als referentiemateriaal gebruikt relevante beleidsstukken, dienstinstructies en circulaires.[5]

Het toetsingskader dat de IGZ bij het onderzoek hanteerde is gebaseerd op de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet BIG en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Zorgaanbieders worden geacht verantwoorde zorg te bieden.
NB. De IGZ heeft op grond van artikel 7 lid 3 van de Kwaliteitswet[6] gebruik gemaakt van haar bevoegdheid tot inzage in medische dossiers. Deze inzage was noodzakelijk in het kader van het inspectieonderzoek, omdat op deze wijze een meer compleet beeld van de situatie en de zorgverlening verkregen kon worden. De IGZ zal op grond van haar afgeleid medisch beroepsgeheim, geen medische vertrouwelijke gegevens opnemen in dit inspectierapport.

Voorts hebben de inspecties bij hun onderzoek betrokken de eisen die gesteld zijn aan de landelijke werkwijze voor calamiteitenonderzoekscommissies (januari 2012; zie onderstaand kader) .

Toelichting werkwijze van calamiteitenonderzoekscommissies
Sinds enkele jaren werkt de Dienst Justitiële Inrichtingen (DJI), waaronder de PI Vught valt, bij dit soort ernstige calamiteiten met interne calamiteitenonderzoekscommissies. Deze commissies (aanvankelijk samengesteld uit medewerkers van de eigen inrichting) stellen een onderzoek in naar de gebeurtenissen die vooraf gingen aan de calamiteit. De werkwijze van deze commissies is door de Nationale Ombudsman in het rapport 'Overlijden in detentie' uit april 2012 op een aantal punten bekritiseerd. Naar het oordeel van de Nationale Ombudsman was de onafhankelijkheid van de commissies niet voldoende geborgd.

Sinds januari 2012 hanteert DJI een nieuwe landelijk uniforme werkwijze[7] voor het uitvoeren van calamiteitenonderzoek. De calamiteiten dienen in eerste instantie te worden onderzocht door een calamiteitenonderzoekscommissie die is samengesteld uit externe (niet in de PI werkzame of aan de PI verbonden) leden. De leden dienen elk een verschillend deskundigheidsgebied/expertise te vertegenwoordigen. Zo maken altijd een gedragsdeskundige, een geneeskundige of een geneeskundig adviseur van de afdeling gezondheidszorg DJI deel uit van de commissie. De leden van de commissie behoren onafhankelijk te zijn en geen bemoeienis te hebben met de PI noch met het op te stellen reflectieverslag, het verbeterplan en het vervolg op de calamiteit. De voorzitter van de calamiteitenonderzoekscommissie dient altijd een (plv.) vestigingsdirecteur van een andere penitentiaire inrichting te zijn.
De commissies dienen zich hoofdzakelijk te richten op de relatie tussen de verleende zorg en de calamiteit. Zij doen dit aan de hand van de, in de gezondheidszorg veel gebruikte, PRISMA methodiek[8], die de focus richt op vermijdbaarheid en verbetering in zorg en detentie[9]. De

[4] Voor het gehele toetsingskader wordt verwezen naar de website van de IVenJ: www.ivenj.nl.
[5] Zie voor een volledig overzicht bijlage 2
[6] Artikel 7 lid 3 van de Kwaliteitswet: De met het toezicht belaste ambtenaren zijn, voor zover dat voor de vervulling van hun taak noodzakelijk is en in afwijking van artikel 5:20, tweede lid van de Algemene wet bestuursrecht, bevoegd tot inzage van de patiëntendossiers. Voor zover de betrokken beroepsbeoefenaar uit hoofde van zijn beroep tot geheimhouding van het dossier verplicht is, geldt gelijke verplichting voor de betrokken ambtenaar.
[7] Landelijke werkwijze calamiteitenonderzoekscommissie, januari 2012.
[8] PRISMA staat voor Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis.
[9] Geciteerd uit: Landelijke werkwijze calamiteitenonderzoekscommissie, beleidsnotitie DJI.

commissie sluit haar onderzoeksrapport af met een eindoordeel en eventueel met aanbevelingen aan de directie ter verbetering van de zorg en het verblijf in detentie[10]. De directie dient naar aanleiding van het rapport een reflectieverslag en een beknopt plan van aanpak op te stellen, waarin zij reageert op de bevindingen en aanbevelingen van de calamiteitenonderzoekscommissie. De directie van de PI dient het rapport van de commissie samen met het eigen reflectieverslag en het plan van aanpak naar de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de afdeling gezondheidszorg van DJI te sturen.

1.3 Context en werkwijze inspectieonderzoek

De inspecties hebben voor de beantwoording van de onderzoeksvraag de volgende werkwijze gehanteerd.

Context

- De PI Vught is in 2011 beoordeeld als een professionele organisatie waar de directie vakmanschap centraal stelt en die voldeed aan de normen van verantwoorde zorg. (zie verder onderstaand kader).
- De vier suïcides zijn elk afzonderlijk door calamiteitenonderzoekscommissies van DJI onderzocht.
- De IGZ heeft in de loop van 2012 de rapportages van de calamiteitenonderzoekscommissies, de naar aanleiding daarvan door de inrichting opgestelde reflectieverslagen en plannen van aanpak afzonderlijk beoordeeld en afgehandeld met een afdoeningsbrief (zie verder hoofdstuk 2.1 op bladzijde 11 ev).
- In december 2012 heeft de PI Vught een eigen geaggregeerd onderzoek verricht naar de calamiteiten in de inrichting met als doel van de voorgevallen calamiteiten te leren. Dit onderzoek is aangevuld met een prospectieve risico-analyse (PRI)[11] en een eerste aanzet tot een inrichtingsbreed verbeterplan. De PI breidt dit onderzoek op eigen initiatief uit tot een tijdvak van drie jaar (2010 tot en met 2012). De resultaten van het geaggregeerde onderzoek en de onderliggende onderzoeksrapporten van de calamiteitenonderzoekscommissies worden door de PI Vught in een expertmeeting ter consultatie voorgelegd aan vier onafhankelijke (externe) deskundigen[12].
- De IVenJ krijgt begin 2013 voor het eerst de beschikking over de rapportages van de calamiteitenonderzoekscommissies.

Eerder inspectieonderzoek

In mei 2011 constateerde de toenmalige Inspectie voor de Sanctietoepassing (ISt) in haar doorlichtingsrapport van PI Vught dat de inrichting van oudsher gedetineerden huisvest waarvan de opvang elders onaanvaardbare veiligheidsrisico's oplevert. Gelet op de bijzondere regimes, is PI Vught een inrichting waarbinnen veiligheid, beveiliging en beheersbaarheid hoog in het vaandel staan[13]. Mede onder invloed van de komst van het Penitentiair Psychiatrisch Centrum is het accent in de bejegening verschoven naar een meer persoonsgerichte aanpak, waarvan naast veiligheid ook zorg een belangrijk onderdeel is[14]. De ISt beoordeelde PI Vught

---

[10] Idem

[11] Prospectieve risicoanalyse identificeert en prioriteert risico's in processen. Eerst wordt het proces beschreven, vervolgens worden de problemen (risico's) benoemd en tot slot worden oplossingen bedacht om de risico's te reduceren of weg te nemen.

[12] De functies van betrokkenen zijn: forensisch GZ psycholoog, bijzonder hoogleraar forensische psychiatrie, forensisch arts en coördinerend adviseur gezondheidszorg DJI.

[13] Inspectierapport doorlichting PI Vught van mei 2011.

[14] Idem.

bij de doorlichting in 2011 als een professionele organisatie waar de directie vakmanschap centraal stelt.

De IGZ bracht in het kader van haar Thematisch Toezicht naar de inrichting van de vijf landelijke PPC's in 2011 ook aan de PI Vught twee toezichtbezoeken. De IGZ concludeerde dat de kwaliteit van het PPC van PI Vught in korte tijd een goede ontwikkeling doormaakte en voldeed aan de normen van verantwoorde zorg[15].

Werkwijze

- Beide inspecties hebben ter voorbereiding op dit onderzoek de resultaten van eerdere inspectiebezoeken aan PI Vught, relevante beleidsstukken, dienstinstructies en circulaires bestudeerd.[16]
- De inspecties hebben de vier rapporten van de calamiteitenonderzoeks-commissies over deze calamiteiten, de daarop betrekking hebbende reflectieverslagen en de plannen van aanpak van de inrichting alsmede het door de inrichting opgestelde geaggregeerde rapport (opnieuw) bestudeerd.
- De inspecties hebben gekeken of de onderzoekscommissies voldeden aan de eisen met betrekking tot de samenstelling en onafhankelijkheid, of de PRISMA-methodiek steeds is gehanteerd en of de rapportages en aanbevelingen consistent, volledig en herkenbaar zijn. Ook zijn de plannen van aanpak van de inrichting, naar aanleiding van elke individuele casus beoordeeld. De rapporten van de calamiteitenonderzoekscommissie werden door de IGZ bovendien getoetst op volledigheid wat betreft anamnese, diagnose, behandeling/begeleiding, en risicotaxatie.
- De inspecties hebben getoetst of gedetineerden in onderhavige casuïstiek voldoende toegangsmogelijkheden hadden tot veilige medische zorg. Daarnaast is nagegaan of bijzonderheden over deze gedetineerden voldoende in de dossiers zijn geregistreerd en multidisciplinair zijn uitgewisseld en of de dienstinstructies voor het personeel voldoende duidelijk waren.
- De inspecties hebben de casuïstiek vervolgens in onderlinge relatie opnieuw beoordeeld, waarbij het signaleren van overeenkomsten en verschillen in de diverse calamiteiten centraal stond. Zo is o.a. gekeken naar de spreiding van de suïcides. Betrof de casuïstiek telkens dezelfde afdeling of een of meer dezelfde functionarissen?
- De inspecties hebben deze eigen analyse afgezet tegen de geaggregeerde rapportage van de PI zelf. Ook hierbij is weer gekeken naar herkenbaarheid, consistentie en volledigheid.
- Vervolgens hebben meerdere interviews plaatsgevonden met als doel de bevindingen en conclusies van alle eerdere onderzoeken te toetsen op hun validiteit en volledigheid: een interview met de directie van PI Vught, een gesprek met één van de externe deskundigen, die eerder door de PI was geconsulteerd. Tenslotte een gesprek met diverse betrokken managers en een brede vertegenwoordiging van diverse disciplines van zorgprofessionals en overige medewerkers.

[15] Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg, IGZ 2011

[16] Zie hiervoor bijlage 2

2 Bevindingen

2.1 Bevindingen calamiteitenonderzoeken op casusniveau

Hieronder volgt een geanonimiseerde samenvatting van de belangrijkste bevindingen en conclusies uit de afzonderlijke calamiteitenonderzoeken, rekening houdend met de privacy van betrokkenen en de geheimhoudingsplicht van de IGZ. Ook wordt op hoofdlijnen de reactie van de IGZ op de respectievelijke onderzoeksrapporten weergegeven. De IGZ heeft in de onderhavige casuïstiek alle calamiteitenonderzoeksrapporten, reflectieverslagen en bijbehorende verbeterpunten direct na afronding van het calamiteitenonderzoek ontvangen. Aan de hand van deze calamiteitenonderzoeksrapporten, aanvullend onderzoek en inspectiebezoeken heeft de IGZ de kwaliteit van de geleverde zorg beoordeeld. De rapporten van de calamiteitenonderzoekscommissie werden door de IGZ getoetst op volledigheid wat betreft anamnese, diagnose, behandeling/begeleiding, en risicotaxatie. Al deze aspecten werden in de rapporten besproken en leerpunten werden benoemd.
De IGZ heeft direct na ontvangst van de meldingen contact gehad met de instelling dan wel een toezichtbezoek gebracht aan PI Vught om te beoordelen of er een acuut verhoogd risico was voor de veiligheid van gedetineerden/patiënten, of verantwoorde zorg werd geboden en om na te gaan of direct verbetermaatregelen noodzakelijk waren. In geen van de gevallen constateerde de IGZ dat er acute risico’s waren die maakten dat direct corrigerende maatregelen moesten worden getroffen.

<u>Casus A</u>
Suïcide door een gedetineerde die preventief gehecht zat wegens verdenking van een ernstig delict. Extra aandacht ging uit naar emotionele labiliteit van betrokkene. Tijdens het verblijf op het PPC werd betrokkene door meerdere zorgprofessionals nadrukkelijk gevolgd op de relevante zorginhoudelijke thema’s. Betrokkene had goed contact met de verschillende zorgprofessionals. Risicotaxaties werden uitgevoerd, maar gaven geen aanwijzing voor een op handen zijnde suïcide. Wel was duidelijk dat betrokkene grote lijdensdruk ervoer van de omstandigheden waarin hij verkeerde en het sombere toekomstperspectief.

<u>Conclusies en leerpunten/verbetermaatregelen:</u>
Uit het calamiteitenonderzoek kwam naar voren dat er geen aanwijsbaar verband was tussen de kwaliteit van de verleende zorg en het incident. Er was geen sprake van vermijdbaarheid. De suïcide van betrokkene kwam voor een ieder onverwacht. Achteraf leek er sprake te zijn van een optelsom van diverse gebeurtenissen die betrokkene ertoe gebracht heeft om suïcide te plegen. De commissie oordeelde de dossiervoering op een aantal punten als gebrekkig. Onvoldoende duidelijk was wie de regie had over het behandelbeleid. De kritiek van de commissie over dossiervoering en regievoering werd door de directie beargumenteerd weerlegd.

Toezicht IGZ: De IGZ heeft het calamiteitenonderzoeksrapport beoordeeld. De conclusies uit het calamiteitenonderzoeksrapport zijn (zoals te doen gebruikelijk) gebaseerd op de aan de commissie ter beschikking staande informatie en bronnen. Achteraf bleek deze informatie een onvoldoende representatief beeld te geven van de vigerende werkwijze. De IGZ beoordeelt dat de argumenten waarmee de directie sommige conclusies weerlegt steekhoudend zijn. Overige conclusies en de daaraan gekoppelde verbetermaatregelen onderschrijft de inspectie.

Casus B
Gedetineerde suïcideerde zich op de dag van de uitspraak in zijn strafzaak, waarbij een zeer lange straf werd geëist. Gedetineerde werd overgeplaatst naar PI Vught in verband met oplopende spanningen die verband hielden met de uitspraak in de strafzaak. Door de houding en uitspraken van betrokkene hield men rekening met heftige acting-out, waarbij men vooral bedacht en extra alert was op agressie naar de omgeving. Om eventuele oplopende spanningen in goede banen te leiden werd betrokkene dagelijks gezien door een gedragskundige en het afdelingshoofd. In verband met de verhoogde kans op acting-out werd in overleg met de directie besloten na terugkeer van de rechtbank camerabewaking te starten. Op de dag van de uitspraak werd in de vroege ochtend geconstateerd dat betrokkene zichzelf om het leven had gebracht. Dienstdoend personeel schatte aan de hand van uiterlijke kenmerken in dat reanimeren niet zinvol was en betrad de cel niet totdat de forensisch geneeskundige en rijksrecherche arriveerden.

Conclusies en leerpunten/verbetermaatregelen:
Tussen de kwaliteit van de verleende zorg en het incident is geen aanwijsbaar verband. Er was veel informatie-uitwisseling, zowel met de PI van herkomst als intern. Echter de integratie van beschikbare informatie, analyse en gewogen beleidvorming waren voor verbetering vatbaar. Duidelijke regie ontbrak. Het gedrag van gedetineerde bemoeilijkte de inschatting van de risico's. Onderzoek van de forensisch geneeskundige heeft achteraf duidelijk gemaakt dat een poging tot levensreddend handelen in casu inderdaad niet zinvol was geweest. Desondanks wordt geconcludeerd dat de opportuniteit van het verrichten van levensreddende handelingen zo snel mogelijk aan het lichaam (niet op basis van uiterlijke kenmerken) zou moeten worden vastgesteld.

Toezicht IGZ: Direct na de calamiteit is de IGZ geïnformeerd door de directie van PI Vught, waarbij uiteen werd gezet welke acties de directie van PI Vught na het overlijden heeft ondernomen. De IGZ heeft het calamiteitenonderzoeksrapport beoordeeld en onderschrijft de conclusies en de daaraan gekoppelde verbetermaatregelen.

Casus C
Suïcide door een gedetineerde die in afwachting was van zijn hoger beroep wegens een ernstig delict. Gedurende het verblijf in PI Vught werd betrokkene frequent gezien door de psycholoog, justitieel verpleegkundige, justitieel geneeskundige en een enkele keer door de psychiater. De rode draad in deze gesprekken is de afbouw van medicatie, pijn- en spanningsklachten. Betrokkene werd niet als acuut suïcidaal ingeschat. De frequente contacten met psycholoog, medische dienst en afdelingspersoneel gaven geen aanwijzingen voor suïcidale ideaties.

Conclusies en leerpunten/verbetermaatregelen:
Uit het calamiteitenonderzoek is niet gebleken dat er een oorzakelijk verband is tussen de kwaliteit van verleende zorg en het incident. Wel wordt een aantal kritische conclusies getrokken. De dossiervoering was niet optimaal, psychiatrische en somatische zorg waren onvoldoende geïntegreerd en met gedetineerde werd geen contact gemaakt tijdens een uitsluitingsmoment. De opportuniteit van het verrichten van levensreddend handelen werd niet aan het lichaam vastgesteld.

Toezicht IGZ: Direct na de calamiteit is de IGZ geïnformeerd door de directie van PI Vught, waarbij aan de IGZ is toegelicht welke acties de directie van PI Vught na het overlijden heeft ondernomen. De IGZ heeft aanvullend onderzoek gedaan en verzocht om aan de hand van een interne audit vast te stellen of de door de

inrichting voorgestelde verbetermaatregelen daadwerkelijk worden nageleefd en het gewenste effect sorteren.

Casus D
Suïcide door een gedetineerde die in detentie verbleef wegens een ernstig delict. Betrokkene had een zeer lang verblijf in een forensische setting in het vooruitzicht. Betrokkene functioneerde in de aanloop naar de calamiteit als een 'modelgedetineerde' en zou geselecteerd worden voor een regulier regime.
Met gedetineerde kon tijdens de telronde geen contact gemaakt worden. Vervolgens werd het intern bijstandsteam (IBT) ingezet. Betrokkene bleek zichzelf van het leven te hebben beroofd. Hierna besloot men niet meer over te gaan tot het verrichten van levensreddend handelen.

Conclusies en leerpunten/verbetermaatregelen:
Uit het calamiteitenonderzoek is niet gebleken dat er een oorzakelijk verband is tussen de kwaliteit van verleende zorg en het incident. De dossiervoering was niet optimaal, psychiatrische en somatische zorg waren onvoldoende geïntegreerd

Toezicht IGZ: direct na ontvangst van de melding van deze suïcide heeft de IGZ, vooruitlopend op de onderzoeksuitkomsten, daags nadien een bezoek gebracht aan PI Vught, omdat zich binnen een kort tijdsbestek een aantal suïcides had voorgedaan. Naast het inwinnen van informatie over het verloop van de detentie van deze gedetineerde, wilde de IGZ ook nagaan of er een verband was tussen de recente calamiteiten en of er mogelijk sprake was van structurele tekorten in de zorg. Dit toezichtbezoek leidde tot de conclusie dat er onvoldoende aanwijzingen waren voor een op handen zijnde suïcide van betrokkene. Ook kon de IGZ op grond van de beschikbare informatie geen verbanden leggen tussen de verschillende suïcides die zich recent hadden voorgedaan.

2.2 Oordeel inspecties op basis van de calamiteitenonderzoeken.

De inspecties hebben de onderhavige casussen (opnieuw) beoordeeld volgens de in paragraaf 1.3 beschreven werkwijze en komen daarbij tot de volgende oordelen:

1. De calamiteitenonderzoekscommissies waren voldoende onafhankelijk (niet aan de PI verbonden en telkens wisselend van samenstelling) en met een bezetting van de relevante expertises samengesteld. De commissies geven in heldere rapporten aan hoe het onderzoek werd opgezet, welke doelen men beoogde bij het onderzoek, welke bronnen werden geraadpleegd en welke betrokken personeelsleden zijn gehoord. Er was sprake van een transparante werkwijze en een uniforme onderzoekssystematiek. Men hanteerde bij de analyse van de calamiteiten de beproefde analyse-systematiek, de PRISMA methode, die de focus richt op vermijdbaarheid en verbetering in zorg en detentie.

2. De door DJI in de onderhavige casuïstiek gevolgde werkwijze van afzonderlijke calamiteitenonderzoeken aangevuld met een uitgebreid geaggregeerd intern onderzoek is gedegen van opzet. Het door de inrichting uitgevoerde onderzoek is voorzien van een gedegen analyse, een voldoende kritische zelfreflectie, georganiseerde tegenspraak door deskundigen en een verbeterplan op basis van een risico-inventarisatie. Deze conclusies hebben de inspecties doen besluiten niet nogmaals zelfstandig de individuele casuïstiek te onderzoeken.

3. De inspecties hebben op basis van de rapporten vastgesteld dat drie van de vier suïcides plaatsvonden op unit 3, de unit met de grootste capaciteit van het Penitentiair Psychiatrisch Centrum (PPC). Binnen unit 3 deden de suïcides zich voor op verschillende afdelingen met verschillende teams en zorgprofessionals. Eén suïcide vond plaats op de afdeling voor Beheers problematische gedetineerden (BPG).

4. De toegankelijkheid van de zorg was in alle vier de casus voldoende gegarandeerd. Binnen het PPC verblijft een groep gedetineerden waarbij sprake is van uitermate complexe problematiek die gepaard gaat met veiligheidsrisico's voor zowel de gedetineerde als zijn omgeving. Bij vrijwel alle suïcides was sprake van zeer ernstige delicten, uitermate complexe problematiek en het perspectief van een zeer langdurig verblijf in een justitiële setting. Indicatiestelling voor verblijf binnen het PPC was terecht. Ook voor de gedetineerde op de BPG was de zorg voldoende toegankelijk, met name doordat hij dagelijks contact had met de gedragsdeskundige.

5.Uit de calamiteitenonderzoeken kwam naar voren dat handelingsinstructies (protocollen) op het gebied van veiligheid (beveiliging) en zorg op gespannen voet met elkaar stonden en voor meerdere interpretatie vatbaar waren[17]. Het ene protocol stond acuut binnentreden van de cel niet toe en het andere protocol gaf de instructie dat in geval van nood direct met levensreddende handelingen moest worden gestart. Van oudsher hadden medewerkers tijdens de calamiteit de neiging om in eerste instantie te handelen vanuit een beveiligingsreflex, om vervolgens de noodzakelijke zorg te verlenen.

6. Een verband tussen de kwaliteit van de verleende zorg en de calamiteiten komt echter niet naar voren uit de calamiteitenonderzoeken. De tekortkomingen die door de calamiteitenonderzoekscommissie worden geconstateerd worden niet gezien als zaken die de suïcide hadden kunnen voorkomen.

7. De balans tussen veiligheid en zorg en de noodzaak om onverwijld zorg te verlenen daar waar de situatie dat vraagt (en redelijkerwijs toelaat) maken onderdeel uit van de door PI Vught geïnitieerde verbeteracties. Naar het oordeel van de inspecties zal bij een juiste uitvoering van de verbeteracties de kwaliteit van de detentie en daarbinnen verleende medische zorg verder verbeteren (zie ook hoofdstuk 3.3.).

2.3 Bevindingen geaggregeerde calamiteitenonderzoek

De directie van PI Vught heeft op grond van de verantwoordelijkheden zoals gedefinieerd in de Kwaliteitswet zorginstellingen besloten naast deze afzonderlijke onderzoeksrapporten en reflectieverslagen nog een eigen aanvullend geaggregeerd onderzoek uit te voeren met als doel van de voorgevallen calamiteiten te leren en daar waar nodig maatregelen te nemen. Aan dit geaggregeerde onderzoek is een, in de zorg veel gebruikte, methode van prospectieve risico-inventarisatie (PRI)[18] gekoppeld. Bovendien heeft de directie het onderzoek uitgebreid door, naast 2012,

---

[17] De directie van PI Vught heeft in de wederhoor aangegeven dat het niet zo zeer ging om onduidelijkheid in de instructies, maar meer om nadere concretisering in de uitvoering. Een cultuurverandering moet tot gevolg hebben dat er "altijd directe zorg verleend wordt, tenzij de onveiligheid dat (nog) niet toelaat".

[18] Prospectieve risicoanalyse identificeert en prioriteert risico's in processen. Eerst wordt het proces beschreven, vervolgens worden de problemen (risico's) benoemd en tot slot worden oplossingen bedacht om de risico's te reduceren of weg te nemen.

hierbij ook de incidenten die zich hebben voorgedaan in voorafgaande jaren 2010 en 2011 te betrekken.
De directie constateerde op basis van het geaggregeerde onderzoek dat er geen causale verbanden tussen de tekortkomingen in de zorg en de verschillende calamiteiten konden worden vastgesteld. De gesignaleerde verbetermogelijkheden zijn uitgewerkt in inrichtingsbrede plannen van aanpak.

De inspecties hebben de uitkomsten van het geaggregeerde rapport getoetst op volledigheid van het onderzoek en herkenbaarheid van de bevindingen, in het licht van de vier suïcides die aanleiding waren voor dit onderzoek. Voorts werd de uitkomst van het geaggregeerde onderzoek besproken met één van de vier externe deskundigen[19]. Deze heeft aangegeven van mening te zijn dat er zorgvuldig onderzoek is uitgevoerd en dat dit heeft geleid tot een plan van aanpak met belangrijke verbetersuggesties.

Ook uit de gesprekken die de inspecties voerden met de directie en medewerkers van PI Vught kwamen geen nieuwe bevindingen naar voren. Bovendien bleken medewerkers goed op de hoogte zijn van de gesignaleerde verbeterpunten en van de plannen van aanpak. Tevens werd een grote mate van betrokkenheid en motivatie bij de medewerkers geconstateerd.

2.4 Conclusies

De inspecties zijn op basis van de bevindingen en oordelen uit dit hoofdstuk tot de conclusies gekomen dat:

- Er geen sprake was van vermijdbaarheid dan wel van zodanige overeenkomsten tussen de verschillende calamiteiten dat gesproken kan worden van patronen in de werkprocessen of systemen die bij hebben gedragen aan de calamiteit. De suïcides deden zich verspreid over meerdere locaties en afdelingen voor en beperkten zich niet tot één afdeling of één team;
- De verbeterpunten die naar voren komen uit de individuele calamiteitenrapportages en uit het geaggregeerde onderzoek volledig zijn;
- Er binnen de inrichting meer balans moet worden gebracht tussen veiligheid (beveiliging) en zorg door het personeel hierop gericht te instrueren en te begeleiden;
- Er meer eenduidigheid in de dienstinstructies kan en moet worden gebracht.
- Het integratief denken en handelen van de medische dienst en leidinggevenden verder kan en moet worden verbeterd;
- De regievoering bij calamiteiten verder kan en moet worden verbeterd;
- De kwaliteit van de dossiervoering verder kan en moet worden verbeterd;

[19] In het kader van het geaggregeerde onderzoek werd deze externe deskundige door de directie van PI Vught tijdens een expertmeeting geconsulteerd.

3 Eindconclusie

Op basis van de verkregen informatie (rapporten, beleidsnotities en gevoerde gesprekken) komen de inspecties tot de volgende eindconclusie.

3.1 Conclusie en antwoord op de onderzoeksvraag

De inspecties concluderen op de vraag van de Staatssecretaris of er een 'causaal' verband[20] tussen de suïcides en de kwaliteit van de binnen PI Vught verleende zorg is als volgt:

Uit het inspectieonderzoek komen geen nieuwe feiten, omstandigheden of aanwijzingen naar voren die wijzen op een 'causaal' verband tussen deze calamiteiten en de kwaliteit van de verleende zorg. Wel zijn met betrekking tot de suïcides in 2012 overeenkomende zorggerelateerde verbeterpunten op diverse gebieden geconstateerd die aangepakt kunnen en dienen te worden. Deels worden deze tekortkomingen al aangepakt en deels zullen deze nog aandacht dienen te krijgen aan de hand van de plannen van aanpak.

De door de directie van PI Vught gevolgde werkwijze, waarbij de afzonderlijke calamiteitenonderzoeken werden aangevuld met een geaggregeerd onderzoek, plannen van aanpak en passende verbetermaatregelen, wordt door beide inspecties beoordeeld als zorgvuldig. De inspecties zijn van mening dat de kwaliteit van de detentie en de zorgverlening binnen PI Vught, bij een correcte uitvoering van de plannen van aanpak, verder kan verbeteren en daarmee de kans op gezondheidsschade kan worden gereduceerd. De inspecties zullen erop toezien dat de plannen van aanpak worden uitgevoerd.

3.2 Toelichting

Spreiding suïcides over de afdelingen
Er is naar het oordeel van de inspecties geen sprake van een geïsoleerd probleem op één afdeling. De inspecties stelden vast dat de suïcides zich verspreid over meerdere locaties en afdelingen voordeden en zich niet beperkten tot één afdeling of één team.

Aard van de gedetineerdenpopulatie en toegankelijkheid van de zorg
De toegankelijkheid van de zorg was in alle vier de casus voldoende gegarandeerd. De betreffende gedetineerden behoorden tot de groep gedetineerden waarbij sprake is van uitermate complexe problematiek die gepaard gaat met veiligheidsrisico's voor zowel de gedetineerde als zijn omgeving. Bij vrijwel alle suïcides was sprake van zeer ernstige delicten, uitermate complexe problematiek en het perspectief van een zeer langdurig verblijf in een justitiële setting.

Kwaliteit werkwijze calamiteitenonderzoekscommissies
De aanpak en werkwijze van de calamiteitenonderzoekscommissies is conform de landelijke werkwijze en daarmee volledig, zorgvuldig en voldoende onafhankelijk.

---

[20] Zoals vermeld in paragraaf 1.1 is deze vraag voor het onderzoek als volgt vertaald: was er sprake van vermijdbaarheid van de calamiteiten dan wel van zodanige overeenkomsten tussen de verschillende calamiteiten dat gesproken kan worden van patronen in de werkprocessen of systemen die hebben bijgedragen aan de calamiteit.

Alle suïcides uit 2012 zijn onder verantwoordelijkheid van de directie van PI Vught door een multidisciplinaire, uit externe (niet aan de PI verbonden) leden samengestelde calamiteitenonderzoekscommissie onderzocht. De commissies waren telkens wisselend samengesteld. Ze gaven in heldere rapporten aan hoe het onderzoek was opgezet, welke doelen men beoogde bij het onderzoek, welke bronnen werden geraadpleegd en welke betrokken personeelsleden zijn gehoord. Er was sprake van een transparante werkwijze en een uniforme onderzoekssystematiek. De diverse onderzoekscommissies komen in de afzonderlijke calamiteitenonderzoeksrapporten telkens tot het eindoordeel dat: "op grond van feiten, bevindingen en analyse niet tot de conclusie kan worden gekomen dat er een oorzakelijk verband is tussen de verleende zorg en de calamiteit"[21]. Wel benoemen de commissies momenten in het zorg- en detentieproces die verbetering behoeven. Alle onderzoekscommissies doen de directie een aantal aanbevelingen om de kwaliteit van de verleende zorg verder te verbeteren. De directie van PI Vught heeft bij alle onderzoeksrapportages een reflectieverslag geschreven en plannen van aanpak met verbetermaatregelen opgesteld. Naar het oordeel van de inspecties vloeiden de conclusies in de individuele casuïstiek logischerwijs voort uit de bevindingen.

Geaggregeerd onderzoeksrapport PI Vught
De inspecties beoordelen het geaggregeerde onderzoeksrapport, dat PI Vught vervolgens zelf opstelde, als volledig. Er zijn, naar het oordeel van de inspecties, geen items onbesproken of onderbelicht gebleven. De inspecties constateren, evenals de directie van PI Vught, dat bij de suïcides die zich in 2012 voordeden onder andere sprake was van tekorten in de dossiervoering, regievoering en afstemming. Ook zaten er onduidelijkheden en tegenstrijdigheden in de beveiligings- en zorgprotocollen. Op deze punten zijn plannen van aanpak opgesteld.

In gang gezette verbetermaatregelen
De directie is gestart met de uitvoering van de plannen van aanpak.
De directie gaat diverse beleidsdocumenten vereenvoudigen, concretiseren en op elkaar afstemmen. Specifiek hanteert PI Vught voortaan de stelregel dat bij het constateren van ongeregeldheden op een cel onverwijld zorg moet worden geboden, tenzij de onveiligheid van de situatie dit nog niet toelaat.
De directie hanteert bij ingrijpende beslissingen voortaan het vier-ogen-principe en bewerkstelligt daarmee een meer gecoördineerd handelen en een betere regievoering. Met dit principe vindt altijd eerst collegiaal overleg plaats.
Ook zal de aandacht de komende tijd gericht zijn op goede dossiervoering. In alle afzonderlijke onderzoeken bleken de dossiers kwantitatief grotendeels op orde, echter kwalitatief was de dossiervoering niet optimaal, met name waar het de integratie van multidisciplinaire (i.c. medische en psychiatrische) informatie betrof. In het verlengde hiervan zal ook worden geïnvesteerd in het verbeteren van de rapportage-vaardigheden.
Tenslotte zet de inrichting in op een structurele bespreking en evaluatie van calamiteiten én een terugkoppeling daarvan om te leren van eerdere incidenten.

3.3 Vervolg

De inspecties stellen er voor dit moment voldoende vertrouwen in dat de directie van PI Vught met de plannen van aanpak aan de slag gaat en op die manier een verdere verbetering van het zorg- en detentieproces kan realiseren. Dit vertrouwen

[21] Tekst overgenomen uit een van de onderzoeksrapporten. Andere teksten vergelijkbaar.

is mede gebaseerd op de gesprekken met de verschillende geledingen en medewerkers die blijk gaven van een grote betrokkenheid en motivatie om met de verbeterpunten aan de slag te gaan.

De beide inspecties toetsen de resultaten door in het laatste kwartaal van 2013 opnieuw gezamenlijk onderzoek te verrichten binnen de PI Vught op geleide van de in deze rapportage geconstateerde noodzakelijke verbeterpunten.

Bijlage 1 Afkortingen

BPG	Beheers problematische Gedetineerden
DJI	Dienst Justitiële Inrichtingen
EBI	Extra Beveiligde Inrichting
IGZ	Inspectie Gezondheidszorg
ISt	Inspectie Sanctietoepassing
IVenJ	Inspectie Veiligheid en Justitie
PI	Penitentiaire Inrichting
PPC	Penitentiair Psychiatrisch Centrum
PRI	Prospectieve risicoanalyse
PRISMA	Prevention and Recovery Information System for Monitoring and Analysis
TA	Terroristen Afdeling

Bijlage 2 Geraadpleegde documentatie

- Calamiteitenonderzoeksrapportages A,B,C en D.
- Geaggregeerde calamiteitenevaluatie, PI Vught.
- Landelijke werkwijze calamiteitenonderzoekscommissie, beleidsnotitie DJI, januari 2012.
- Circulaire: landelijke uniforme richtlijn overlijden in een justitiële inrichting, oktober 2009.
- Calamiteitenplan (on)natuurlijke dood PI Vught, februari 2012.
- Penitentiair Psychiatrische Centra leveren kort na opening al verantwoorde zorg, IGZ 2011.
- Inspectierapport ISt, Doorlichting PI Vught, mei 2011.